

تظاهرات ریوی و جنبی تب مالت

نگارش

دکتر عالی مشحون دکتر حامد سیادت دکتر محمد باقر مشایخی

در اوائل سال ۱۳۲۵ که شغل مامنحصر بامور بهداشتی بود یکی از افسران ارتش
یکی از ما مراجعه نمود که وساطت کنیم تا برادرش را که مبتلا بسل ریوی دو طرفه
میباشد در یکی از آسایشگاههای مسلولین بستری کنند و برای اثبات بیماری دو کلیشه
رادیوگرافی داشت که انفیلتراسیون پارانشیمی در هر دوریه با پلورزی طرف راست
نشان میداد.

شرح حال این بیمار گرچه بوسیله پزشک معالج آقای دکتر حسن مرتضوی در
شماره‌های ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ مجله دانشکده پزشکی در سال ۱۳۲۵ درج شده ولی لازم است
بطور اختصار در اینجا نیز یاد آور شویم:

بیمار: ا. ر. ۱۷ ساله محصل اهل وساکن تهران که از دو ماه قبل به تبهای مختصر
و احساس سردی و عرق کردن شبها - بی اشتها - کم خوابی - سرفه‌های کوتاه و مختصر
(علائم آلودگی بسل) دچار شده به پزشک نامبرده مراجعه میکنند ایشان به تب
مالت متوجه و آزمایشهای بشرح زیر انجام میدهد:

کشت خون منفی - سرور آکسیون رایت منفی - آزمایش مستقیم خلط از نظر
B.K منفی - سرعت رسوب گلوبولی در ساعت اول هفده میلیمتر - فرمول و شمارش
لنفوسیتوز متوسط.

بعد از چندی علائم ریوی زیادتر شده خلط بیمار بتدریج آلوده بخون و نوسانهای
حرارت شدیدتر و نامنظم تر میشود مشاوره پزشکی تشکیل میشود و با اینکه پزشکان
مشاور بسل ریوی متوجه بودند معذک پزشک خانواده از بیمار کشت خون مجددی
بمنظور بروسلوز انجام میدهد که نتیجه منفی بوده - حال عمومی بیمار بتدریج سخت تر

شده شبی دچار خو فریزی ریوی (۱) میگردد. سه روز بعد از آن از بیمار رادیو گرافی بعمل آمد کلیشه‌ها انفیلتراسیون پارانشیمی ریتین با تصویر هیدرو آئری در جنب راست نشان میدهد و از پونکسیون اکتشافی طرف راست مایع سرو فیبرینو بدست میآید. لذا مشاوره مجدد پزشکی تشخیص سل ریوی را تأیید و توصیه میشود که بیکی از آسایشگاه‌ها اعزام شود پزشک معالج گرچه بصورت ظاهر تسلیم رأی همکاران گردیده ولی احتیاطاً کشت خون را تجدید میکند و موقعی که اقوام مریض برای پیدا کردن محل در آسایشگاه تلاش میکردند پاسخی از آزمایشگاه دکتر انصاری رسید که بروسلامی تنسیس را در خون مریض نشان میداد لذا موضوع سل منتفی و بیمار بوسیله پزشک معالج تحت درمان با سولفادیازین قرار گرفت که در آن تاریخ داروی مؤثری محسوب میشد. بیمار بکلی بهبودی مییابد و اکنون مردی است سالم و پدر چهار اولاد از آن تاریخ ما ب فکر افتادیم که شواهدی از مورد فوق بدست آوریم تا دو سال و نیم قبل که بخش عفونی بیمارستان فیروز آبادی در دسترس ما قرار گرفت افرادی را پیدا کردیم که مبتلا به تب مالت و رادیو گرافی ریتین آنها انفیلتراسیون پارانشیمی نشان میداد و چون اطمینان نداشتیم که آیا B.K در ایجاد این عارضه شرکت دارد یا خیر لذا استرپتومیسین نیز در درمان آنها بکار برده شد و پس از بهبودی بالینی چون انتظار مورد آکسیون با توبر کولین مثبت بود لذا تا این تاریخ نتوانسته ایم قضاوت کنیم که آیا تب مالت انفیلتراسیون پارانشیم ریوی خواهد داد یا خیر؟ ولی

در موضوع تظاهرات جنبی تب مالت نتایج واضح تری بدست آورده ایم:

الف- مورد آزمایش - هشت بیمار بین ۱۷ و ۴۰ سالگی اهل دهات

ب- سن درم بالینی - پلورزی سرو فیبرینوز

ج- آزمایش‌های انجام شده قبل از شروع معالجه بشرح زیر:

۱- رادیو گرافی

۲- خلط: (آزمایش مستقیم - کشت از نظر B.K - تلقیح به کوبی)

۳- مایع جنبی: (کشت از نظر بروسلا - کشت از نظر B.K - تلقیح به کوبی)

۴- خون : کشت از نظر بروسلا (سرور آکسیون رایت)

ج- آزمایش پس از بهبودی بالینی

۱- رادیوگرافی

۲- انترادر مور آکسیون با پنج واحد تو بر کولین

چهار نفر از بیماران مسلماً مسلول شناخته شدند و از آنها با سیل سل بدست آمد
نزد دو بیمار B.K بدست نیامد و نتوانستیم علت پلورزی را بدست آوریم ولی بیماران
با استراحت و استرپتومیسین و ریمیفون بهبود یافتند .

ولی نزد دو نفر دیگر کلیه آزمایش ها از نظر سل منفی و یکی از آنها سرور آکسیون
رایت تا $\frac{1}{1200}$ مثبت داشت و از کشت خون بیمار دیگر بروسلا ملی تنسیس جدا گردید.
دو بیمار اخیر تحت درمان اتراسیکلین (ا کرومیسین لدرلی) قرار گرفتند و بزودی مایع
جنبی آنها جذب و پس از قطع تب انترادر مور آکسیون با تو بر کولین در آنان منفی بود.

بحث و تفسیر

در کتب کلاسیک اشکال قابل انطباق با سل ریوی (اشکال سلی کاذب) (۱) از
تب مالت ذکر شده و معتقدند که تب مالت ممکن است کلیه علائم سل ریوی را ظاهر
کند با استثناء انفیلتراسیون پارانشیماتوز. و حتی تصریح کرده اند که در کلیشه های
رادیوگرافی تشخیصی که بر اثر تب مالت خونریزی ریوی کرده اند هیچ وقت انفیلتراسیون
پارانشیمی مشاهده نشده است و اگر نزد بیماری مبتلا به بروسلا ز انفیلتراسیون پارانشیم
ریوی دیده شد باید جستجو کرد مبادا این مرض با سل همراه باشد .

از طرف دیگر تب مالت غالباً سبب بیدار شدن کانونهای خاموش سل گردیده
و همچنین ممکن است سابقه سل ریوی سبب شود که بیماری تب مالت تظاهرات ریوی شدیدی
پیدا کند و تفکیک این دو عفونت کاری است مشکل بعلاوه این هر دو مرض در موقع سیر
تکامل انرژی میدهند و ممکن است انترادر مور آکسیون چه با ملی تین و چه با تو بر کولین
و همچنین سرور آکسیون رایت نزد این قبیل بیماران منفی باشند و آزمایش های

با کتریولوژی مستلزم طول مدت خواهد بود که تأمل کردن تا اخذ نتیجه بضرر مریض تمام میشود.

باز هم موضوع از این نظر شایان بحث میباشد که در مصاحبه که با آقای دکتر گوهری رئیس بخش ساناتوریم بوعلی بعمل آوردیم ایشان اظهار داشتند که غالباً ضایعات کانونی سل ریوی بامیکربهای عادی نیز همراه میباشد و اگر قبل از تجویز داروهای ضد سل مثلاً چند روزی اورئومیسین به مسلول بدهیم تخفیف در علائم بالینی و رادیولوژی حاصل خواهد شد و همچنین اگر استرپتومیسین چند روزی توأم با اورئومیسین داده شود در روزهای اولیه نتایج سریع تری گرفته میشود زیرا داروی اخیر و نظائر آن در میکربهای شریک جرم مؤثرند.

لذا با توجه بکلیه مراتب فوق دو نتیجه ذیل بدست میآید:

نتیجه

۱- پلورزی سرو فیبرینوز بر اثر تب مالت در ایران وجود دارد و باید هر بیمار مبتلا به پلورزی را از نظر تب مالت نیز امتحان نمود. گرچه تصور میکنیم که نسبت ۲۵٪ که ما بدست آورده ایم بر حسب تصادف باشد ولی در هر حال يك امر نادر و اتفاقی نیست.

۲- بر فرض هم تب مالت در کسی که دارای علائم ریوی است محرز و مسلم شود نباید از تجویز داروهای اختصاصی سل صرف نظر کرد.